

DICHIARAZIONE LIBERATORIA

Il sottoscritto _____

in qualità di legale rappresentante/ delegato della (1) _____

ragione sociale _____

operante nel settore _____

in qualità di (2) _____

dell'evento formativo:

a) _____ del (3) _____

b) _____ del (3) _____

c) _____ del (3) _____

d) _____ del (3) _____

e) _____ del (3) _____

f) _____ del (3) _____

per il/i quale/i ha conferito mandato il _____

a F.E.S.T. ITALIA Servizi Integrati sas in qualità di Provider Nazionale ECM n. 3351 per la visione del programma e il relativo accreditamento ecm degli eventi sopra citati

DICHIARA

Che la procedura di acquisizione delle quote di iscrizioni viene gestita come segue:

- ☐ Iscrizione e versamento della relativa quota direttamente sul c/c bancario intestato alla _____
- ☐ Iscrizione e versamento della relativa quota sul c/c bancario del provider ecm

Torino: _____

(4) _____

(5) _____

- (1) Azienda, ente pubblico, società/agenzia di formazione, associazione, struttura sanitaria
- (2) Organizzatrice, organizzatore
- (3) Inserire la data dell'evento o se con edizioni multiple inserire l'anno di riferimento
- (4) Ragione sociale del committente
- (5) Firma del legale rappresentante/delegato